Beiträge

zur

chirurgischen Behandlung der Perityphlitis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

im Juli 1890

von

Ferdinand Kern,
approbirter Arzt aus Leipzig.

Erlangen.
Druck der Univ.-Buchdruckerei von E. Th. Jacob.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Professor Dr. Heineke.

Die vom verstorbenen v. Volkmann ausgesprochene und vertretene Ansicht, dass die Behandlung der Geschwürsbildungen im Wurmfortsatz sammt ihren Complicationen unbedingt dem Chirurgen gehöre, dürfte eben in chirurgischen Kreisen heute keinem Widerspruch mehr begegnen. Trotzdem ist es eine Thatsache, dass die Behandlung dieser krankhaften Processe noch vielfach nach den Erfahrungssätzen der internen Medizin geleitet, und, leider oft erst zu spät, die Hilfe des Chirurgen in Anspruch genommen wird, und zwar, wie ich gleich hier einschränkend bemerken muss, auch heute noch da, wo diese Hilfe leicht und schnell zu haben wäre. Der Sinn dieser einschränkenden Bemerkung wird aus meinen späteren Ausführungen klar werden. — Dem beregten Factum gegenüber dürfte es von Wichtigkeit sein, wenn möglichst viele von operativ behandelten Fällen dieser Art zur Veröffentlichung gebracht würden, um der Anschauung v. Volkmanns in allen ärztlichen Kreisen Bahn zu brechen. Aus dem Grunde möge es mir gestattet sein, drei in der hiesigen chirurgischen Klinik behandelte Fälle der Oeffentlichkeit zu übergeben, sowie an die Schilderung ihres Krankheitsverlaufes eine kurze specielle sowie allgemeine Kritik anzufügen.

Fall I.

Hartmann, Marie, 33 Jahre alt.

Anamnese: Patientin klagt schon seit Jahren (sie giebt merkwürdiger Weise als Anfangstermin genau den 25. Januar 1881 an) mit Unterbrechungen von verschiedenster Dauer und ohne dass sie eine bestimmte Ursache dafür angeben könnte, über Schmerzen in der rechten Inguinalgegend.

Am 16. Mai 1890 verspürte Pat. plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten Hälfte des Abdomens; zugleich stellte sich zweimaliges Erbrechen ein. Stuhl war an jenem Tage noch vorhanden. — In der Ileo-Coecalgegend wurden 5—6 Blutegel gesetzt, welche zu heftigen Nachblutungen führten; ausserdem wurde Tinctura opii simplex dreistündlich 10 Tropfen verordnet. — Am 18. V. war Patientin wieder ausser Bett und fühlte sich fast vollständig schmerzfrei, um am 19. V. Abends und Nachts wieder von so heftigen Schmerzen geplagt zu werden, dass sie sich am 20. Mai in interne poliklinische Behandlung begab. Stuhlgang hatte Pat. seit dem 16. Mai nicht wieder gehabt.

Status praesens von 20. V. Schmerzhaftigkeit über dem Coecum, vermehrte Resistenz und Dämpfung über der Coecalgegend. Auf eine Eingiessung etwas Koth. T. 38,0.

21. V. Status idem. Mehrmals 15 Tr. tinct. opii; Wein, etwas Suppe. T. 38,1.

22. V. Schmerzhaftigkeit mehr gegen den Rippenrand hin, leichte Dämpfung daselbst. Uebriges Abdomen schmerzlos, leichtes collabirtes Aussehen. Dem einmali-

gen Einlauf sind geringe Kothmengen beigemischt. T. 38,0. P. 100.

23. V. Schmerzhaftigkeit stärker, Resistenz am colon ascendens. Etwas reichlicherer Stuhl nach Einlauf. T. 38,3. P. 108.

24. V. Schmerz etwas geringer, im Uebrigen dieselben Verhältnisse. T. 39,0. P. 92, Abends 112, weich. 45 Tr. tinct. opii simpl.

25. V. Viel Stuhl nach Eingiessung, auch spontan alte Massen. Subjective Erleichterung. — In der Nacht auf den 26. jedoch Schlaflosigkeit in Folge von bedeutend intensiveren Schmerzen im ganzen Leib. Am 26. V. wurde Pat. in die chirurgische Klinik zu Erlangen transferirt. — Die hier zunächst vorgenommene Untersuchung förderte Folgendes zu Tage:

Ziemlich beträchtliche Vermehrung der Resistenz auf der rechten Seite des Abdomens, doch lässt sich nirgends ein umschriebener Tumor abgrenzen; deutliche Dämpfung über der Coecalgegend. Das Abdomen im Ganzen etwas aufgetrieben, auf Druck fast allenthalben schmerzhaft, besonders aber in der Gegend des Coecums. Die Haut dort etwas ödematös, woraus aber wegen der entzündeten Blutegelstiche Nichts zu entnehmen ist.

Operation am 26. V. 90, $3^1/_2$ Uhr p. m.

Incision wie zur Unterbindung der arteria iliaca communis, nachdem eine ausgeführte Probepunktion ergebnislos verlaufen war. Unterhautzellgewebe etwas ödematös. Ablösung des Peritoneums in der Richtung nach dem kleinen Becken ohne Ergebniss. Bei weiterem Vordringen in der Richtung nach oben wird zunächst ein sehr übler Geruch wahrgenommen; dann kommt

zunächst ein dünner, endlich ein ganz dicker Strom Eiter, sehr übelriechend, mit Gasen vermengt, zum Theil auch mit kothigen Beimengungen. Der processus vermiformis lässt sich trotz eifrigen Suchens nicht auffinden. Ob der Eiter intra- oder extraperitoneal war, lässt sich nicht mit Bestimmtheit behaupten.

27. V. Beim Verbandwechsel entleert sich aus der Wunde eine beträchtliche Menge dicken, übelriechenden, mit spärlichen gelbbraunen Flocken vermischten Eiters. Kothbestandtheile in demselben sind nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Ausspülung mit Creolin. Jodoformtamponade. Antiseptischer Verband. Opium.

28. V. Eitersecretion heute noch reichlicher, Beschaffenheit wie gestern. Bei der Ausspülung lässt sich ein englischer Katheder in seiner ganzen Länge in die Höhe nach dem Diaphragma hin einführen.

31. V. Unter täglichen Ausspülungen mit Creolin und Anwendung der Jodoformtamponade hat die Eitersecretion nachgelassen. Der Eiter ist nicht mehr übelriechend. Pat. entleert ziemliche Mengen normalen Stuhles ohne jegliche Beschwerden.

4. VI. Soweit Einblick in die Wundhöhle möglich, ist dieselbe mit gut aussehenden Granulationen ausgekleidet. — Der Katheder kann bei der Ausspülung nur bis zu drei Viertel seiner Länge eingeführt werden. Das Allgemeinbefinden hat sich sehr gehoben. Appetit sehr gut. Stuhl normal und ohne Beschwerden.

12. VI. Die Wundhöhle hat sich auf die Hälfte ihrer früheren Ausdehnung verkleinert; überall reiches Wachsthum von Granulationen. Allgemeinbefinden sehr gut.

23. VI. Die Sonde dringt ungefähr noch einen Centimeter in die Wundhöhle ein. — Pat. wird in poliklinische Behandlung entlassen.

Fall II.

Mengin, Ernst, 17 Jahre alt.

Pat. wird am 2. VII. 90 in die hiesige chirurgische Klinik verbracht. Aus der Anamnese ist nur zu erfahren, dass Pat. seit einigen Tagen mit Magenbeschwerden erkrankt sei. Seit zwei Tagen verspüre er Schmerzen in der rechten Seite des Abdomens. Am Tage vor seinem Eintritt in die Klinik rapide Zunahme der Beschwerden. Schmerzen über die ganze rechte Seite des Abdomens ausstrahlend. Auftreibung des Leibes. Collaps.

Status praesens vom 2. VII. 90.

Patient gross, schlank gebaut. Musculatur und Fettpolster mässig entwickelt. Pat. sieht collabirt aus, Bewusstsein nicht gestört, Gesichtsausdruck ängstlich. Das Abdomen mässig aufgetrieben, Bauchdecken gespannt. — Bei Palpation an der rechten unteren Bauchhälfte etwas vermehrte Resistenz und Empfindlichkeit gegen Druck. Das Abdomen im Uebrigen nicht besonders schmerzhaft. Auf der rechten Seite über dem Poupart'schen Band eine drei Finger breite, deutliche Dämpfung, die sich nach der Mittellinie fast bis zur Symphyse, nach aussen bis zur Spina anterior superior erstreckt. Ueber dem übrigen Abdomen tiefer, tympanitischer Schall. Die mediale Hälfte der Leberdämpfung verschwunden; an ihrer Stelle derselbe tiefe tympanitische Schall, wie über dem übrigen Abdomen. Die laterale Hälfte der Leberdämpfung erhalten. Lunge und Herz zeigen keine besondere Veränderung. Athmung

beschleunigt, etwas oberflächlich; Puls frequent (120), klein, regelmässig.

Operation am 2. VII. 90.

Zuerst Chloroform-, dann Aethernarkose. Schnitt auf der rechten Seite des Abdomens, wie zur Unterbindung der arteria iliaca. Nach Durchtrennung der Bauchwand und des Peritoneums zeigen sich in der Wunde einige zum Theil miteinander verklebte, mit fibrinös-eitrigen Massen bedeckte, stark dunkelblauroth verfärbte Darmschlingen; auch das Mesenterium zeigt sich stark injicirt. Nach sorgfältiger Auseinandertrennung der verklebten Darmschlingen gelingt es, das Coecum mit dem Processus vermiformis freizulegen. Derselbe stellt sich dar als ein etwa 7 cm langer, $1^1/_2$ cm im Durchmesser haltender, dunkelblaurother, mit Eiter und Fibrinmassen beschlagener, wurstförmiger Körper. — Direct an seiner Ansatzstelle an das Coecum zeigt sich eine pfennigstückgrosse Perforationsöffnung mit stark gangränösen Rändern. In der Perforationsöffnung liegt ein fast wallnussgrosser, harter Kothbrocken. Der fast nur noch mit der Hälfte seiner Wand am Coecum anhängende Processus vermiformis wird abgetragen, der dicht am Coecum sitzende Theil der gangränösen Wand der Perforationsöffnung beseitigt, der kurze, übrig bleibende Stumpf mit Seidennähten vernäht, und darüber noch eine zweite Etage von Nähten angelegt. Hierauf werden die nach dem kleinen Becken hinliegenden Darmschlingen noch etwas auseinander gedrängt, und gelingt es hierdurch, aus demselben eine reichliche Menge etwas übelriechenden, dünnen gelblichen Eiters mit Hilfe von Schwämmen zu entleeren. Ausspülung der eröffneten Höhle mit warmer Borsäurelösung,

Tamponade mit Jodoformmull. Ueber dem Jodoformtampon wird die Wunde durch 4 Nähte etwas zusammengezogen. Antiseptischer Mooskissenverband. Dauer der Operation 35 Minuten.

Am Schluss der Operation ist der Puls kaum noch zu fühlen, Frequenz, soweit zu zählen, annähernd 140. Athmung beschleunigt, oberflächlich. — Campherinjection. — Gegen Abend bessert sich der Puls und wird etwas kräftiger; Frequenz 128. Das Bewusstsein ist nicht gestört, Pat. hat grosses Bedürfniss nach Schlaf. — Opium, später Morphium (subcutan).

3. VII. Pat. hat in der Nacht leidlich geschlafen. Heute morgen sieht Pat. etwas collabirt aus. Bewusstsein vollkommen klar. Puls 136, klein, etwas flatternd. Abdomen nicht stärker aufgetrieben, Leberdämpfung in ihrer medialen Hälfte immer noch durch tympanitischen Schall ersetzt. Besondere Schmerzhaftigkeit nicht vorhanden, nur auf Druck ist die Umgebung der Operationswunde etwas empfindlich. Der herausgenommene Jodoformtampon ist fast ganz trocken. Die blaurothe Verfärbung der vorliegenden Darmschlingen hat entschieden abgenommen. Die Wunde wird wieder mit Jodoformmull austamponirt und wiederum ein Mooskissenverband angelegt. — Abwechselnd Tinct. Stroph., Campferinjectionen, Opium. — Abends wird, da der Harn deutliche Jodreaction zeigt, der Jodoformmull aus der Wunde entfernt und durch sterilisirte Gaze ersetzt. — Injection von Morph. muriat. 0,01.

4. VII. Pat. war in der Nacht öfters sehr unruhig; heute Morgen sieht er verfallen aus. Puls sehr frequent (142), sehr klein, leicht zu unterdrücken. Abdomen et-

was stärker aufgetrieben. Eine Handbreit über dem Nabel nach der Mitte des Ligamentum Poup. hin gegedämpfter Schall, auch über den seitlichen Partien rechts und links Dämpfung; Verhalten der Leberdämpfung wie bisher. Ein Versuch, von der Wundhöhle aus durch Auseinanderdrängung der Darmschlingen Eiter zu entleeren, gelingt nicht. — Reichlich Campher, Tinct. Stroph., dazwischen Morphiuminjectionen. — Gegen Mittag wird Pat. äusserst unruhig, deliriert, will aus dem Bett steigen. Das Aussehen wird mehr und mehr collabirt. Der Harn zeigt noch ganz schwache Jodreaction, sowie eine Spur von Eiweiss. — Abends Puls sehr frequent, kaum noch zählbar, Pat. collabirt mehr und mehr.

5. VII. Morgens halb ein Uhr Tod.

Bei der Section durfte nur die Bauchhöhle eröffnet werden. — Es fand sich das Coecum mit dem Stumpf des Processus vermiformis eingebettet in eine mit schmutzig graubraunem, jauchigem Inhalt gefüllte Höhle. Die jauchigen Massen setzten sich in das kleine Becken fort, während die linke Seite sich frei erwies.

Fall III.

Hühnerkopf, Christian, 14 Jahre alt.

Anamnese: Pat. erkrankte am 18. Juni plötzlich mit hohem Fieber, nachdem er sich etwa drei Tage lang nicht recht wohl gefühlt hatte. Vollständige Appetitlosigkeit, dagegen grosser Durst. Heftige Schmerzen im Abdomen. Erbrechen soll an diesem Tage ziemlich oft stattgefunden haben, das Erbrochene von grünlicher Farbe gewesen sein. Dass Pat. etwas Schädliches oder Verdorbenes genossen habe, wissen er und seine Umgebung

sich nicht zu erinnern. Der Stuhl ist jetzt angehalten, während er die drei Tage vorher diarrhoisch war. — Das Abdomen ist nicht aufgetrieben, giebt überall tympanitischen Schall, ist jedoch bei der Palpation sehr schmerzhaft, hauptsächlich links, wo auch spontan der Schmerz am heftigsten sein soll. Sonst ist durch die Palpation Nichts zu eruiren, auch nicht in der Ileocoecalgegend. — In den nächsten Tagen blieb das Befinden des Pat. das gleiche; Stuhl erfolgte nicht. Nachdem am 22. VI. Calomel und Ol. Ricini ohne Erfolg gegeben waren, wurde eine Eingiessung gemacht, worauf reichlicher Stuhl, von theilweise fester Consistenz erfolgte. Pat. fühlte hierauf Erleichterung. — Am 23. VII. fühlte sich Pat. bedeutend wohler, die Schmerzhaftigkeit im Abdomen ist geringer, das Erbrechen hat nachgelassen. Temp. 37,8. — Vom 24. VI. ab bot Pat. keine besonderen Erscheinungen mehr dar. Die Schmerzen waren gering, theilweise gar nicht vorhanden. Stuhlgang erfolgte spontan. Vom 27. VI. bis 3. VII. war Pat. ausser Bett, und hatte nur über grosse Schwäche und Appetitlosigkeit zu klagen. — Vom 3. VII. ab wurden die Schmerzen im Abdomen wieder heftiger, um am 7. VII. zu einer grossen Heftigkeit anzusteigen, und zwar wurden sie nunmehr vom Pat. in der Ileocoecalgegend localisirt. Die Diagnose von der medizinischen Poliklinik lautete auf Perityphlitis mit Ausgang in Eiterung, und wurde Pat. nunmehr zur Operation in die chirurgische Klinik transferirt. Die dortselbst sofort vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Sehr kräftiger, gut genährter Knabe. Zunge stark belegt, Brustorgane normal. — Das Abdomen ist nicht aufgetrieben. Etwa eine Hand breit

über der Symphyse fühlt man einen sehr scharf abgegrenzten, harten Tumor, welcher mit deutlichen Contouren von der Mittellinie bis zur Gegend der Spina anterior superior dextra zu verfolgen ist; dort werden seine Grenzen undeutlicher, namentlich nach oben. In der Mitte des Ligamentum Poup. ragt die Geschwulst etwa zwei Finger breit in der Richtung nach dem Nabel unter die Bauchdecken herein. In dieser Gegend fühlt man an der Geschwulst einige kleine, harte Höcker, ganz ähnlich, wie man sie bei einem Carcinom zu finden gewohnt ist. — Die Percussion ergiebt nur in einer kleinen Zone oberhalb des Lig. Poup. Dämpfung. — Von dem Mastdarm aus ist ebenfalls der Tumor, welcher den grössten Theil des kleinen Beckens einnimmt, sehr leicht zu fühlen. Er liegt offenbar dem Mastdarm so eng an, dass er eine Vorbauchung desselben bedingt.

Operation am 7. VII. 90.

Incision wie zur Unterbindung der art. iliaca, Schnitt nur ein wenig näher der Medianlinie. (Eine vorher ausgeführte Probepunktion in der Mitte zwischen Spina anterior superior und Nabellinie, etwa in der Höhe der Spina, hatte übrigens ein Flöckchen Eiter ergeben).

In grosser Ausdehnung wird die Serosa abgetrennt, zunächst nach oben, dann nach abwärts bis in das kleine Becken hinein. Man fühlt nun an der Innenseite der Incision den Tumor, jedoch nicht viel klarer, als vorher. Die Höcker fühlen sich etwas weicher an, sie scheinen von angelötheten Theilen herzurühren. An der Geschwulst selbst ist nirgends eine weichere Stelle zu fühlen, vielmehr ist sie überall gleichmässig derb, erinnert an manchen Stellen an stark mit Koth gefüllte Darmtheile.

Als auch eine weitere Ablösung in das kleine Becken hinein fruchtlos bleibt, wird zunächst ein Versuch gemacht, mit der Hohlsonde vorzudringen; es tritt jedoch aus der Oeffnung kein Eiter aus. Dieser Versuch wird noch einmal wiederholt, wobei Geruch nach Darmgasen auftritt. Es wird nun an den tieferen Theilen noch eine Probepunktion ausgeführt, aber gleichfalls ohne Erfolg. — Nun wird das Peritoneum vom oberen Rande der Incision aus ziemlich weit geöffnet, so dass es möglich ist, mit einigen Fingern in die Bauchhöhle einzudringen. Aber auch von hier aus fühlt man nichts Weiteres; eine Anzahl von Darmschlingen scheint um die Geschwulst zusammengeballt zu sein. — Die Peritonealwunde wird nunmehr völlig durch Catgutnaht geschlossen, in die äussere Wunde ein Tampon eingelegt: dann antiseptischer Verband.

8. VII. Verbandwechsel. Die Wunde ist ganz trocken. — Untersuchung per anum ergiebt Verkleinerung der Geschwulst, die an einer Stelle weicher erscheint.

9. VII. Pat. hatte am Morgen Stuhldrang und entleerte etwa $^1/_4$ Liter dünnflüssigen, sehr übelriechenden Eiters. Gegen Abend noch einmal Eiterentleerung.

10.—12. VII. Auch die folgenden Tage wurde bei jedem Stuhlgang etwas Eiter ausgeschieden. Das Fieber fällt ab, Pat. erholt sich zusehends, bekommt regelmässigen Stuhlgang, guten Appetit. Es wird jedoch noch strenge Diät eingehalten.

14. VII. Die äussere Wunde wird ausgewischt und genäht.

21. VII. Pat. wird mit völlig verheilter Wunde entlassen.

Wenn ich mir nun zunächst eine kurze Kritik der drei soeben beschriebenen Fälle erlauben darf, so ist zunächst über den ersten derselben (Fall Hartmann) wohl am wenigsten eine Meinungsverschiedenheit möglich. Der Verlauf desselben hat aufs Schlagendste bewiesen, dass hier der einzig schnelle, und vor allen Dingen der einzig sichere Weg zur Heilung die Vornahme der Operation war. Wenn auch nicht in Abrede gestellt werden soll, dass die Möglichkeit vorliegt, dass durch weitere interne Behandlung der Fall zur Heilung hätte gebracht werden können, so liegt doch andererseits die Entstehung einer diffusen eitrigen Peritonitis mit all' ihren traurigen Folgen so nahe, dass weiteres Abwarten einem va banque-Spiel mit dem Leben der Patientin verzweifelt ähnlich gesehen hätte. — Ueber die Frage, ob man später noch der Patientin rathen solle, sich den Processus vermiformis exstirpiren zu lassen, da sie bereits seit dem Jahre 1881 an „perityphlitischen Anfällen" leidet, werde ich mir später erlauben, noch einige Worte anzufügen.

Der Fall II (Mengin) könnte schon eher zu entgegengesetzten Anschauungen Veranlassung geben. Man könnte vielleicht sagen, dass die individuelle Disposition zum Ertragen von Eiteransammlungen in der Bauchhöhle, wie überall die individuelle Disposition, eine verschiedene sei, und dass dieselbe eben hier von vorn herein der möglichen Heilung hinderlich im Weg gestanden. — Wenn man sich die Entwickelung des Krankheitsprocesses jedoch zu construiren sucht, so muss man, meine ich, zu dem Schluss kommen, dass der Patient zu spät den Händen des Chirurgen übergeben wurde, und dass in einem früheren Entwickelungsstadium desselben eine Operation

wohl von günstigem Erfolg begleitet gewesen wäre. Der krankhafte Process hat nämlich doch mit grösster Wahrscheinlichkeit am Processus vermiformis begonnen, die Eiterung im kleinen Becken war erst eine secundäre. Nun kann man dem wohl entgegenhalten, dass diese secundäre Erscheinung ebenfalls ziemlich schnell erfolgen konnte. Zweifellos ist das auch richtig. Aber ganz gewiss konnte es nicht so schnell zu einer so hochgradigen Verklebung der in das kleine Becken führenden Darmschlingen kommen, dass nicht ein genügender zeitlicher Zwischenraum zwischen der primären Erkrankung und diesem letzteren Symptom vorhanden gewesen wäre, um die Operation mit Erfolg auszuführen. Nachdem es aber einmal zu dieser hochgradigen Verklebung gekommen war, konnte der Eiter aus dem kleinen Becken nicht genügend entleert werden, und von hier aus ging der Process dem letalen Ausgang entgegen.

Was nun den Fall III (Hühnerkopf) betrifft, so wäre allerdings ohne Vornahme der Operation wahrscheinlich ein ebenso günstiger Ausgang erzielt worden. Aber auch hier lässt sich erwidern, dass man bei der Behandlung eines Krankheitsfalles vor allen Dingen sicher gehen soll. Und sicher gehen heisst eben in einem solchen Falle incidiren. Die Incision musste gemacht werden, um einem möglichen schlimmen Ausgang vorzubeugen; und dass die Eröffnung der Bauchhöhle bei dem heutigen Stande der Antisepsis und bei sonst gesunden und kräftigen Individuen glücklicherweise nicht mehr (und ich drücke mich damit vielleicht fast zu vorsichtig aus) zu den absolut gefährlichen Operationen gehört, ist so allgemein bekannt und anerkannt, dass hierüber wohl kein weiteres Wort zu verlieren

ist. — Redet doch Herr Dr. Krecke in seiner Arbeit: „Die chirurgische Behandlung der vom Wurmfortsatz ausgehenden circumscripten und allgemeinen Peritonitis, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1889“ sogar der Incision bei unsicherer Diagnose auf Perityphlitis das Wort, indem er sagt: „Mancher wird nun vielleicht doch noch sagen: So sicher ist die Diagnose der Perityphlitis denn doch nicht, dass man ohne Weiteres den Bauch aufschneiden soll. Nun darauf ist zu erwidern, dass eine unnöthig unternommene Operation in einem solchen Falle gewiss keinen Schaden bringen wird. Derjenige, der die probatorische Laparotomie bei in ihrer Diagnose nicht ganz klaren Bauchtumoren anerkennt, kann auch der Incision bei vermeintlicher Perityphlitis, die ja in jedem Augenblick direct tödtlich werden kann, ihre Berechtigung nicht versagen. Es ist jedenfalls besser, man operirt einmal zu viel, als dass man einen Fall übersieht, und erlebt, dass der Kranke an foudroyanter Perforationsperitonitis zu Grunde geht.“

Wenn ich mir zum Schluss noch einige allgemeine Bemerkungen über die zu Anfang meiner Arbeit erwähnte Ansicht v. Volkmanns erlauben darf, so kann ich mich auf zwei Punkte beschränken, welche mir in den über diese Frage erschienenen Arbeiten nicht genügend hervorgehoben zu sein scheinen. Bezüglich aller im Uebrigen bis jetzt gemachten Erfahrungen und gewonnenen Ansichten der massgebenden Chirurgen kann ich auf die oben erwähnte Arbeit von Dr. Krecke, sowie auf die von Dr. Charles Krafft über dasselbe Thema verweisen (Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von Richard v. Volkmann, 1889, Nr. 331).

Der erste Punkt, den ich erwähnen möchte, enthält eine Einschränkung der Möglichkeit, die Forderung v. Volkmanns überall und immer durchzuführen. Es wird eine grosse Zahl von Perityphlitiden auch in Zukunft noch lediglich der internen Behandlung unterworfen bleiben müssen. Denn wie viele Aerzte auf dem Lande, deren Domizil weit entfernt von grösseren Centren liegt, werden im Stande sein, sich einmal genügende Assistenz zu einer derartigen Operation zu verschaffen, dann aber vor allen Dingen bei den oft so traurigen hygienischen und Wohnungsverhältnissen der Patienten die nothwendigen antiseptischen Massnahmen zu treffen in der Lage sein, ganz abgesehen davon, dass die in Rede stehende Operation heute und wohl auch in Zukunft nur mit der Einschränkung als eine verhältnissmässig ungefährliche bezeichnet werden darf, dass sie von einem wohlgeübten, technisch durchaus fermen Chirurgen ausgeführt wird. Unsere Frage wird also in diesem Sinne wohl immer, wenn ich mich so ausdrücken darf, eine academische bleiben.

Andererseits aber, und hier komme ich zu dem zweiten Punkt, möchte ich es für die Pflicht eines Arztes halten, einem Patienten, der sich als disponirt zu „perityphlitischen Anfällen“ erweist, den Rath zu geben, sich den Processus vermiformis reseciren zu lassen. Die Perityphlitis ist eine Krankheit, welche, ohne operative Behandlung geheilt, immer recidiviren kann, und jedes Recidiv kann natürlich zum exitus letalis führen. Sind nun auch naturgemäss bei der Neuheit der Operation noch keine Erfahrungen darüber gesammelt, dass ein Individuum ohne Processus vermiformis bis in das höchste

Alter gesund bleiben kann, so kann man sich doch diese Möglichkeit mit grösster Wahrscheinlichkeit construiren, da schon andere Darmstücke ohne bleibenden Nachtheil für den Patienten resecirt worden sind, und die Schleimhaut des Processus vermiformis identisch ist mit der des Darmes, als auch ihr Secret dasselbe sein muss, wie das allgemeine Darmsecret.

Zum Schlusse benutze ich von ganzem Herzen auch an dieser Stelle die Gelegenheit, meinen hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Heineke, meiner unauslöschlichen Dankbarkeit zu versichern.

Literatur.

Ueber die frühzeitige operative Behandlung der durch Perforation des Wurmfortsatzes hervorgerufenen Perityphlitis. Von Dr. Charles Krafft, Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von Rich. v. Volkmann, Nr. 331.

Dr. A. Krecke: Die chirurgische Behandlung der vom Wurmfortsatze ausgehenden circumscripten und allgemeinen Peritonitis. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1889.

Prof. Dr. R. U. Krönlein: Ueber die operative Behandlung der acuten diffusen jauchig-eitrigen Peritonitis. Archiv für klinische Chirurgie, 1886, Nr. XVIII.

Dr. Hermann Kraussold: Krankheiten des proc. vermif. und des coecum. Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 191.

Dr. F. F. Kaiser: Ueber die operative Behandlung der Bauchempyeme. Archiv für klinische Medizin, 1876, XVII.

Dr. R. Poelchen: Zur Laparotomie bei allgemeiner eitriger Peritonitis. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 13. Jahrgang, Nr. 14.

E. Leyden: Ueber einen Fall von Perityphlitis durch Perforation des Proc. vermif. Berliner klinische Wochenschrift. 26. Jahrgang, Nr. 31.

Dr. E. Grawitz: Ein Fall von Perforotion eines perityphlitischen Abscesses in der Pleurahöhle. Dieselbe Wochenschrift. 26. Jahrgang, Nr. 32.